# 健康保険　被保険者 / 被扶養者　療養費支給申請書（　年　月分）【あんま・マッサージ用】

## 被保険者欄

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者証等の記号番号 | 記号 | 番号 | 所属事業所及び部署名 | 電話（内線） |
| 被保険者氏名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | 被保険者生年月日 | 昭和・平成　年　月　日 |
| 住所 電話番号等（日中の連絡先） | 〒 | | | |
| | 電話 | | メールアドレス | |
| 療養を受けた者の氏名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | 療養を受けた者の生年月日 | 昭和・平成・令和　年　月　日 |
| 発症又は負傷年月日 | 年　月　日 | | 発症又は負傷の原因及びその経過 | |
| 交通事故等第三者が原因ですか | いいえ　・　はい<br>※「はい」の場合は、別途届出が必要です。 | | 業務上、通勤途上によるものですか | いいえ　・　はい<br>※「はい」の場合は、別途届出が必要です。 |

## 施術内容欄

| 初療年月日 | 施術期間 | 実日数 | 請求区分 |
|---|---|---|---|
| （　）年　月　日 | 自・令和　年　月　日～至・令和　年　月　日 | 日 | 新規・継続 |
| 傷病名及び症状 | | | 転帰<br>継続・治癒・中止・転医 |

| 施術料 | | 同意部位 | (躯幹) | (右上肢) | (左上肢) | (右下肢) | (左下肢) | 摘要 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| マッサージ（施術料） | | 施術回数 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | |
| | 通所 | | | 円× | | 回＝ | 円 | |
| | （月16回以降の施術に係る50%逓減） | | | 円×0.5× | | 回＝ | 円 | |
| | 訪問施術料 1 | | | 円× | | 回＝ | 円 | |
| | （月16回以降の施術に係る50%逓減） | | | 円×0.5× | | 回＝ | 円 | |
| | 訪問施術料 2 | | | 円× | | 回＝ | 円 | |
| | （月16回以降の施術に係る50%逓減） | | | 円×0.5× | | 回＝ | 円 | |
| | 訪問施術料 3（3人～9人） | | | 円× | | 回＝ | 円 | |
| | （月16回以降の施術に係る50%逓減） | | | 円×0.5× | | 回＝ | 円 | |
| | 訪問施術料 4（10人～19人） | | | 円× | | 回＝ | 円 | |
| | （月16回以降の施術に係る50%逓減） | | | 円×0.5× | | 回＝ | 円 | |
| | 訪問施術料 5（20人以上） | | | 円× | | 回＝ | 円 | |
| | （月16回以降の施術に係る50%逓減） | | | 円×0.5× | | 回＝ | 円 | |
| 温罨法（加算） | | | | 円× | | 回＝ | 円 | |
| （月16回以降の施術における加算に係る50%逓減） | | | | 円×0.5× | | 回＝ | 円 | |
| 温罨法・電気光線器具（加算） | | | | 円× | | 回＝ | 円 | |
| （月16回以降の施術における加算に係る50%逓減） | | | | 円×0.5× | | 回＝ | 円 | |

| 変形徒手矯正術（加算）<br>※温罨法との併施は不可 | 同意部位 | (右上肢) | (左上肢) | (右下肢) | (左下肢) |
|---|---|---|---|---|---|
| | 施術回数 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| | | 円× | | 回＝ | 円 |
| （月16回以降の施術における加算に係る50%逓減） | | 円×0.5× | | 回＝ | 円 |
| 特別地域（加算） | | 円× | | 回＝ | 円 |
| 往療料 | | 円× | | 回＝ | 円 |
| 施術報告書交付料（前回支給：　年　月分） | | 円× | | 回＝ | 円 |
| 明細書発行加算 | | 円× | | 回＝ | 円 |
| 合計 | | | | | 円 |
| ※集中率90%以上の施設等入居者（80%逓減対象）【該当の場合○】 | | 逓減後合計額 | | | 円 |

| 施術日 | | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 通所○ 往療◎ | 訪問1① 訪問2② 訪問3③ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

○往療又は訪問の理由（ 1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他（　　））

## 施術証明欄

上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。

令和　年　月　日

保健所登録区分：1.施術所所在地 2.出張専門施術者住所地

〒　－

住所

免許登録番号

あん摩 マッサージ指圧師

氏名　　電話

## 同意記録

| 同意医師の氏名 | 住所 | 同意年月日 | 傷病名 | 要加療期間 |
|---|---|---|---|---|
| | | 令和　年　月　日 | | |

## 委任状

**※在職者は、①提出の委任に✓をしてください。委任しない場合は、理由をご記入ください。**

□①本申請書の提出を事業主に委任します。（委任しない場合　理由：　　）理由の記載がない場合は、委任したものとします。

**※受領委任する場合は、下記の委任状欄に記入して下さい。**

②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。　令和　年　月　日

| | | |
|---|---|---|
| 被保険者（申請書） | 氏名 | |
| 代理人（実際に給付を受領する者） | 氏名 | |

## 振込先情報

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 金融機関コード | | | | | 支店コード | | | | | | |
| 金融機関名称 | 銀行/信用金庫 | | | | | | | | | 本店/支店 | |
| 預金種別 | 普通 | 口座番号 | | | | | | | | 口座名義（カタカナ） | |

**■添付書類**

**1. 医師の施術同意書（6ヶ月ごと）原本　2. 治療内容の書いてある領収書原本**

受付日付印